

2024



Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™



Resumen de Beneficios

Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

del 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

Fecha de entrada en vigencia propuesta ____/____/____

Proveedor de atención primaria

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono (____) _____

Nombre del representante de ventas

Números de teléfono importantes

Servicios para los Miembros

1-800-353-3765, TTY 711

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana



Resumen de beneficios

para **Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)**

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Bronx, Dutchess, Kings, Livingston, Monroe, Nassau, New York, Ontario, Orange, Orleans, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Seneca, Suffolk, Westchester y Yates.

Acerca de Elderplan

Elderplan es miembro de MJHS Health System, una organización de atención médica sin fines de lucro fundada en 1907 por Las Cuatro Damas de Brooklyn, sobre la base de los valores centrales de compasión, dignidad y respeto. MJHS cuenta con una gran trayectoria en el cuidado de neoyorquinos en riesgo de cualquier raza, origen étnico, creencia, nacionalidad, identidad o expresión de género, orientación sexual o estado militar.

Una de las tantas ventajas de ser miembro de Elderplan/HomeFirst es que formamos parte de la familia de MJHS Health System, que incluye lo siguiente: atención domiciliaria de MJHS, cuidados paliativos de MJHS, así como los centros MJHS Isabella y MJHS Menorah para rehabilitación y atención de enfermería. Por lo tanto, si con el tiempo necesita acceder a apoyo adicional y elige recibir servicios de MJHS, el equipo de Elderplan puede trabajar en conjunto con sus colegas de todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera.

Elderplan considera que mantenerse saludable no siempre es tan fácil como consultar al médico o tomar los medicamentos según las indicaciones. Lamentablemente, las brechas en el acceso a la atención médica de calidad por cuestiones de raza, origen étnico, género y estabilidad económica siguen siendo, con demasiada frecuencia, un factor. De conformidad con nuestros valores, Elderplan marca el camino hacia una buena atención comprometiéndose con la igualdad en la salud, la eliminación de estas brechas en la atención y la garantía de que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.



Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare y aquellos con doble elegibilidad para Medicare, así como para los beneficiarios de Medicaid, que viven en uno de los asilos de ancianos contratados por Elderplan.

Proporciona un profesional de enfermería calificado (NP) o un auxiliar médico (PA) junto con una enfermera registrada dedicada (RN) que le brindará apoyo y lo guiará mediante la colaboración con sus médicos para crear un plan de atención personalizado, la realización de exámenes físicos preventivos, la gestión de enfermedades crónicas, la solicitud de pruebas de laboratorio, la prescripción de recetas y la respuesta a sus preguntas. Este nivel de atención

adicional ayudará a evitar hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias estresantes e innecesarias. El equipo estará comunicándoles cualquier novedad a usted y sus médicos y, si lo desea, a sus familiares, lo que les ofrecerá comodidad y tranquilidad.

¡Lo nuevo para 2024! Elderplan Advantage for Nursing Home Residents ofrece ahora una ampliación de los beneficios de productos de venta libre (OTC)* que incluye el pago de facturas de teléfono móvil, así como un beneficio trimestral de transporte, todo en una sola tarjeta. Además, podrá consultar al médico que desea, sin costo adicional.

Elderplan. Marcamos el camino hacia una buena atención.

Contenido














Sección I: Introducción al Resumen de beneficios.....7

- Información de contacto de Elderplan
- ¿Quién puede inscribirse?
- Información útil sobre Medicare
- Información sobre Elderplan Assist

Sección II: Resumen de beneficios 16

- Prima Mensual, Deducible y Costos máximos que paga de su bolsillo
- Beneficios cubiertos por Medicare
- Servicio dental preventivo complementario e integral
- Beneficios de medicamentos con receta
- Otros servicios cubiertos

Beneficios de un vistazo

| | |
|---|-------------------------|
|  Libertad de elegir a cualquier médico sin costo adicional | \$0 |
|  Consultas con médicos (atención primaria) | |
|  Deducible de la Parte B | |
|  Juegos mentales con BrainHQ® | |
|  Servicios dentales preventivos complementarios e integrales | |
|  Examen auditivo de rutina | |
|  Examen de rutina de la vista | |
|  Transporte | |
|  Licencia terapéutica | |
|  Acupuntura y acupresión | |
|  Atención de un especialista | Coseguro del 20% |
|  Beneficios de productos de venta libre (OTC) | \$120 por mes |
|  Utilice su beneficio de productos de venta libre para comprar artículos relacionados con la salud y pagar la factura del teléfono móvil*. | |

*Para los miembros elegibles (con determinadas enfermedades crónicas), los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas se combina con el beneficio OTC para cubrir los productos relacionados con la salud y efectuar pagos para determinadas facturas de servicios públicos como parte de la asignación mensual de OTC. Los miembros elegibles serán notificados y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio.

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga un tercero.

Este folleto describe brevemente los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horarios de atención de Elderplan Assist

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este.

Números de teléfono y sitio web de Elderplan Assist

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana.
- Si no es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-866-695-8101**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana.
- Nuestro sitio web: www.elderplan.org.

Este documento está disponible en español gratuitamente. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana. Esta información también está disponible en distintos formatos, como braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesitan información del plan en otro idioma o formato.

¿Quién puede incorporarse a estos planes?

Para inscribirse en Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en un centro de atención comunitaria (residencia de vivienda asistida).

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Dutchess, Kings, Livingston, Monroe, Nassau, New York, Ontario, Orange, Orleans, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Seneca, Suffolk, Westchester y Yates.

Información útil sobre Medicare

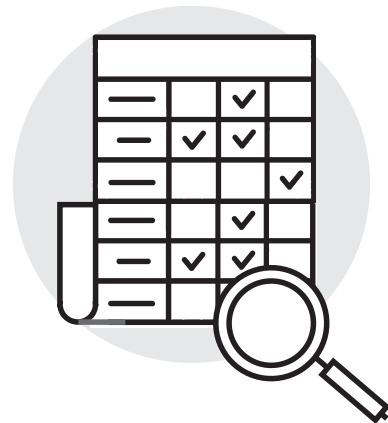
Tiene opciones sobre cómo obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con pago por servicio). Original Medicare está bajo la administración directa del gobierno federal. Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan Assist [HMO-POS IE-SNP]).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este folleto del Resumen de beneficios describe brevemente los servicios que cubre Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) y lo que usted debe pagar.

- Puede comparar Elderplan Assist y Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.



Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare y usted**”. Puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov/es/publications/10050-S-Medicare-and-You.pdf> o solicitar una copia impresa llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídeles a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios. O bien utilice el localizador de planes de Medicare que está disponible en www.medicare.gov/plan-compare.



Información acerca de Elderplan Assist

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: Condados de Bronx, Dutchess, Kings, Livingston, Monroe, Nassau, New York, Ontario, Orange, Orleans, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Seneca, Suffolk, Westchester y Yates.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Debe vivir en un centro de atención comunitaria o en una residencia de vivienda asistida y requerir un nivel de atención institucional

determinado por la evaluación aprobada por el Estado de Nueva York.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse que recuperará la elegibilidad de manera razonable dentro de un (1) mes, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura se describe la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada).

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan le permite consultar proveedores dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre los servicios y los beneficios de cualquiera de los proveedores de la red que figuran en nuestro directorio de proveedores y farmacias. Nuestro plan también incluye la cobertura de punto de servicio para determinados servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya decidido dejar de participar en Medicare. Como norma general, debe usar las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web www.elderplan.org o bien, puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para

quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web, www.elderplan.org. También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

El monto que usted paga por los medicamentos depende del medicamento que tome, de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre y de los niveles de costo compartido del plan.

Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de pago de medicamentos y los niveles de costo compartido del

plan. Las etapas de pago de medicamentos son: etapa del deducible, etapa de cobertura inicial, etapa del período sin cobertura y etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de nivel especializados (nivel de costo compartido más alto)

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura (Sección 7 del Capítulo 2).

Sección II: Resumen de beneficios

Los siguientes son los costos de atención médica de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP).

| Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) | | |
|---|--|--|
| Prima mensual (Prima de la Parte D) | \$34.50 | Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. |
| Deducible de la Parte B | \$0 | |
| Monto máximo combinado que paga de su bolsillo | \$8,850 Monto que paga por servicios dentro y fuera de la red | Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de costos que paga de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Recuerde que deberá seguir pagando la prima del plan y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D. |

Para los beneficios que cubre Medicare.

| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
|--|--|---|----------------------------------|
| <p>Necesita atención en un hospital</p> | <p>Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> | <p>Dentro y fuera de la red Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. En 2024, los montos para cada período de beneficios son: Deducible de \$1,632. Días 1 a 60: Copago de \$0 por día. Del día 61 al 90: Copago de \$408 por día. Día 91 en adelante:</p> | <p>Se requiere autorización.</p> |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|---|--|---|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita atención en un hospital (continuación) | Servicios hospitalarios para pacientes internados (continuación) | Copago de \$816 por día de reserva de por vida. Si se alcanzan los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. | |
| | Servicios hospitalarios para pacientes externos | Dentro de la red coseguro de 20%. Fuera de la red coseguro de 20%. | |
| | Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. | Dentro de la red coseguro de 20%. Fuera de la red coseguro de 20%. | Es posible que se necesite remitir al paciente. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|--|----------------------------------|---|--|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Desea consultar a un médico | Proveedores de atención primaria | <p>Dentro de la red Copago de \$0 para visitas al consultorio del PCP y servicios de telesalud.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 para visitas al consultorio.</p> | Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual. |
| | Especialistas | <p>El deducible dentro de la red Coseguro de 20% para visitas al consultorio y servicios de telesalud.</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 20%</p> | Es posible que se necesite remitir al paciente. Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|---|---|---|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i> | Practicantes de enfermería y asistentes médicos | Dentro y fuera de la red Coseguro del 20% para cada consulta. | Es posible que se necesite remitir al paciente. |
| | Atención preventiva | Dentro de la red Copago de \$0. Fuera de la red Copago de \$0. | Otros servicios preventivos pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|--|------------------------------------|---------------------|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Desea consultar a un médico (continuación) | Atención preventiva (continuación) | | <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y orientación de abuso de alcohol • Pruebas de biomarcadores en sangre • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo - Pruebas con enemas de bario - Colonoscopias de detección - Análisis de sangre oculta en la materia fecal - Prueba de detección de sigmoidoscopias flexibles • Prueba de detección de depresión • Pruebas de detección de la diabetes |

Para los beneficios que cubre Medicare.

| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
|---|--|---------------------|--|
| <p>Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i></p> | <p>Atención preventiva <i>(continuación)</i></p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Prueba de detección de Hepatitis C • Prueba de detección del VIH • pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías de detección • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Servicios de tratamiento nutricional • Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar • Vacunas para el COVID-19, vacunas antigripales, para la hepatitis B y para el neumococo • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Consulta anual de “bienestar” |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|---|------------------------------------|---|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Desea consultar a un médico (continuación) | Atención preventiva (continuación) | Dentro y fuera de la red Coseguro de 20%. | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para el auto-control de la diabetes • Pruebas de glaucoma |
| Necesita atención de emergencia | Atención de emergencia | Coseguro del 20% (hasta \$100) para cada consulta. | No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas. |
| | Atención de urgencia | Coseguro del 20% (hasta \$55) para cada visita al consultorio y cada servicio de telesalud. | Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud dentro de la red, llame a su proveedor actual. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|--|--|--|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita exámenes médicos | Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ diagnóstico por imágenes: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios radiológicos de diagnóstico (como las imágenes por resonancia magnética y las tomografías computarizadas) | <p>Dentro de la red Copago de \$0 para cada servicio.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 para cada servicio.</p> | Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT). |
| | Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare | <p>Dentro de la red Copago de \$10 para cada servicio.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$10 para cada servicio.</p> | |

Para los beneficios que cubre Medicare.

| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
|---|--|---|-------------------|
| <p>Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i></p> | <p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ diagnóstico por imágenes: • Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos</p> | <p>Dentro de la red Copago de \$0 para cada servicio.</p> | |

Para los beneficios que cubre Medicare.

| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
|---|---|--|---|
| <p>Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i></p> | <p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ diagnóstico por imágenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos/ exámenes de diagnóstico. • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • Servicios de radiografías | <p>Dentro de la red Coseguro del 20% por cada servicio.</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 20% por cada servicio.</p> | <p>Es posible que se requiera de autorización para determinados servicios de radiografías. Es posible que se necesite remitir al paciente para los servicios de radiografías.</p> |

Para los beneficios que cubre Medicare.

| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
|-------------------------------|--------------------|--|---|
| Necesita atención auditiva | Exámenes auditivos | Coseguro del 20% para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. | |
| | | Copago de \$0 por un examen auditivo no cubierto por Medicare (de rutina) cada 3 años. | |
| | Audífonos | Hasta \$2,000 para ambos oídos combinados cada 3 años. Copago de \$0 por adaptación/ evaluación de audífonos cada 3 años. | Se requiere de autorización de un médico o especialista para los audífonos. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|--|--|---|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| | Servicios dentales | Coseguro del 20% por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. | |
| Necesita atención dental | Servicios dentales integrales complementarios | Los servicios dentales preventivos complementarios se limitan a determinados códigos de servicio. | Una vez alcanzado el límite del beneficio anual de \$1,500, el afiliado deberá hacerse cargo del costo total. |
| | Servicios dentales preventivos complementarios | Copago de \$0 para servicios dentales preventivos complementarios | Los servicios dentales preventivos complementarios no se aplican al límite máximo anual de servicios dentales integrales. |

Servicios dentales preventivos complementarios e integrales

| Servicios cubiertos | Copago | Frecuencia |
|---|-----------|-----------------------|
| Servicios dentales complementarios de diagnóstico y prevención | | |
| Exámenes | | |
| Evaluación bucal periódica | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen bucal limitado | Sin cargo | Una vez por mes |
| Examen bucal integral | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen bucal enfocado en el problema | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen de seguimiento | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Examen periodontal integral | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Radiografías | | |
| Serie completa de radiografías | Sin cargo | Una vez cada 36 meses |
| Radiografía periapical | Sin cargo | Con cobertura |
| Radiografía periapical: cada placa adicional | Sin cargo | Con cobertura |
| Radiografía oclusal | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Radiografía de proyección 2D | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Radiografía de aleta de mordida: una placa | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|---|-----------|------------------------|
| Radiografía de aleta de mordida: dos placas | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Radiografía de aleta de mordida: tres placas | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Radiografía de aleta de mordida: cuatro placas | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Radiografías verticales de aleta de mordida, de siete a ocho imágenes | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
| Radiografía panorámica | Sin cargo | Una vez cada 36 meses |
| Radiografía cefalométrica | Sin cargo | Una vez cada 36 meses |
| Imágenes fotográficas 2D | Sin cargo | Dos veces cada 6 meses |

Limpiezas

| | | |
|--------------------------------|-----------|----------------------|
| Profilaxis (limpieza): adultos | Sin cargo | Una vez cada 6 meses |
|--------------------------------|-----------|----------------------|

Servicios dentales integrales complementarios

Servicios de restauración

| | | |
|--|-----------|-----------------------------------|
| Empaste de plata: una superficie | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empaste de plata: dos superficies | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empaste de plata: tres superficies | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empaste de plata: cuatro o más superficies | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|--|-----------|-----------------------------------|
| Empastes del color del diente: una superficie, frontal | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: dos superficies, frontal | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: tres superficies, frontal | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Corona del color del diente: frontal | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: una superficie, trasera | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: dos superficies, trasera | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: tres superficies, trasera | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |
| Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, trasera | Sin cargo | Una vez cada 12 meses, por diente |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|--|-----------|-----------------------------------|
| Incrustación: metálica, una superficie | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Incrustación: metálica, dos superficies | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Incrustación: metálica, tres o más superficies | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Restauración: metálica, dos superficies | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: compuesto a base de resina | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: compuesto 3/4 a base de resina | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: resina con metal altamente noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: resina con predominio de metal no noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: resina con metal noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: sustrato de porcelana/cerámico | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|--|-----------|-----------------------------------|
| Corona: porcelana fundida a metal muy noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: porcelana fundida a metal predominantemente innoble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: porcelana fundida a metal noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: porcelana fundida a titanio/aleaciones de titanio | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: metal muy noble fundido por completo | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: metal predominantemente innoble fundido por completo | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona: metal noble fundido por completo | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Nuevo cementado: incrustación, restauración o carilla | Sin cargo | Con cobertura |
| Recementado o reconstitución de corona | Sin cargo | Con cobertura |
| Perno y base, además de corona | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|--|-----------|-----------------------------------|
| Cada perno adicional fabricado de manera indirecta | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Perno y base prefabricados, además de corona | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Extracción de perno | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |

Servicios de endodoncia

| | | |
|---|-----------|--------------------------------|
| Endodoncia, diente frontal | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Endodoncia, premolar | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Endodoncia, diente trasero | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Retratamiento de endodoncia, diente frontal | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Retratamiento de endodoncia, premolar | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Retratamiento de endodoncia, diente trasero | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |

Servicios de periodoncia

| | | |
|---|-----------|--------------------------------------|
| Tratamiento de encías | Sin cargo | Una vez cada 36 meses, por cuadrante |
| Tratamiento de encías: parte superior e inferior de la boca | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por cuadrante |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|--|-----------|--------------------------------------|
| Tratamiento de encía y hueso | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por cuadrante |
| Tratamiento de encía y hueso | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por cuadrante |
| Servicios de prostodoncia | | |
| Póntico: metal altamente noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Póntico: metal predominantemente innoble fundido | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Póntico: metal noble fundido | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Póntico: porcelana fundida a metal muy noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Póntico: porcelana fundida a metal predominantemente innoble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Póntico: porcelana fundida a metal noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Póntico: porcelana fundida a titanio | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Póntico: resina con metal muy noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Póntico: resina con metal predominantemente innoble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|--|-----------|-----------------------------------|
| Póntico: resina con metal noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Retenedor: resina con metal muy noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Retenedor: resina con metal predominantemente innoble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Retenedor: resina con metal noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona retenedora: porcelana/resina | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Retenedor: porcelana fundida a metal muy noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Retenedor: porcelana fundida a metal predominantemente innoble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Retenedor: porcelana fundida a metal noble | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Corona retenedora: porcelana/titanio y aleaciones | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Retenedor: metal muy noble fundido por completo | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|--|-----------|-----------------------------------|
| Retenedor: metal predominantemente innoble fundido por completo | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Retenedor: metal noble fundido por completo | Sin cargo | Una vez cada 60 meses, por diente |
| Cirugías bucales y maxilofaciales (cirugías bucales o extracciones) | | |
| Extracción de rutina | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Extracción: diente brotado o raíz expuesta | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Extracción quirúrgica de diente brotado | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Extracción de diente impactado: en tejido blando | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Extracción de diente impactado: completamente en hueso | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

| | | |
|---|-----------|--------------------------------|
| Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |
| Extracción quirúrgica de restos radiculares del diente | Sin cargo | Una vez en la vida, por diente |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|---|----------------------|---|--|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita atención oftalmológica | Exámenes de la vista | <p>Dentro de la red Coseguro del 20% para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p> | |
| | | <p>Fuera de la red Coseguro del 20% para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p> | |
| | | <p>Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina para anteojos.</p> | Podrá recibir un examen de la vista por año. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita atención oftalmológica <i>(continuación)</i> | Servicios oftalmológicos: anteojos | Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. | |
| | | Copago de \$0 por anteojos no cubiertos por Medicare (de rutina) hasta un máximo de \$500 cada 2 años. | Incluye lentes de contacto y anteojos. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|--|--|---|---------------------------|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita atención de la salud mental | Atención de salud mental para pacientes internados | <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son \$1,632 de deducible.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Del día 61 al 90: Copago de \$408 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$816 por día de reserva de por vida.</p> | Se requiere autorización. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|--|---|--|--|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita atención de la salud mental <i>(continuación)</i> | Atención de salud mental para pacientes internados <i>(continuación)</i> | Una vez alcanzados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. | |
| Necesita atención psiquiátrica | Atención de salud mental para pacientes externos | Salud mental: Dentro de la red Coseguro de 20% para sesiones individuales y grupales. Fuera de la red Coseguro de 20% para sesiones individuales y grupales. | Se requiere autorización. Este beneficio también está disponible a través de los servicios de telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|---|---|---|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita atención psiquiátrica (continuación) | Atención de salud mental para pacientes externos (continuación) | <p>Servicios de psiquiatría:</p> <p>Dentro de la red Coseguro de 20% para sesiones individuales y grupales.</p> <p>Fuera de la red Coseguro de 20% para sesiones individuales y grupales.</p> | Este beneficio también está disponible a través de los servicios de tele salud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual. |

Estos montos de costo compartido corresponden a 2023 y pueden cambiar en 2024. Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas en www.elderplan.org en cuanto se publiquen.

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|--|------------------------------------|---|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita atención de rehabilitación o de enfermería especializada | Centro de enfermería especializada | <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 20: copago de \$0 por día. • Días 21 a 100: copago de \$204 por día. • Día 101 en adelante: usted paga todos los costos. | El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización. |
| Necesita terapia para paciente externo | Fisioterapia | <p>Dentro de la red Coseguro del 20% para cada consulta.</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 20% para cada consulta.</p> | |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|---|---------------------------|---|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud | Ambulancia | <p>Transporte terrestre: Coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta.</p> <p>Transporte aéreo: Coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta.</p> | Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia. |
| | Transporte | Puede recibir un número ilimitado de viajes de ida o vuelta por motivos médicos y terapéuticos de hasta \$1,000 por trimestre (3 meses). | Se ofrece transporte en taxi, servicios de transporte compartido, autobús/metro, camioneta y transporte médico. |

| Para los beneficios que cubre Medicare. | | | |
|---|--|---|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección | Medicamentos de la Parte B de Medicare | Coseguro del 20% para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Hasta \$35 por los medicamentos para la diabetes de la Parte B de Medicare. | Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera de autorización para determinados medicamentos. |

Parte D de Medicare

Si reúne los requisitos para recibir subsidio por bajos ingresos (también llamado Ayuda adicional), es posible que no pague los montos que figuran en la siguiente tabla para los medicamentos con receta de la Parte D. El monto exacto que paga puede variar según el monto de la Ayuda adicional que reciba.

| | |
|--------------------------------|--|
| Prima de la Parte D | \$34.50 por mes. |
| Deducible de la Parte D | Medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3: El deducible de la Parte D es \$0. Medicamentos de los Niveles 4 y 5: El deducible de la Parte D es \$545. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible de \$545; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial. |



| Parte D de Medicare | | | | |
|---|-------------------------|--|---|--|
| Deducible de la Parte D y etapa de cobertura inicial | | | | |
| Nombre del nivel | Deducible de la Parte D | Etapa de cobertura inicial | | |
| | | Costo compartido de farmacia minorista (suministro para 30 días)* ^Ω | Costo compartido de farmacia minorista (suministro para 90 días) ^{^†Ω} | Pedido por correo Costo compartido de farmacia (suministro para 90 días)* |
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | \$0 | Copago de \$4 | Copago de \$12 | Copago de \$8 |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | | Copago de \$14 | Copago de \$42 | Copago de \$28 |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | | Copago de \$47 | Copago de \$141 | Copago de \$94 |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | \$545 | Coseguro del 25% | Coseguro del 25% | Coseguro del 25% |
| Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados | | Coseguro del 25% | Coseguro del 25% | Coseguro del 25% |

Parte D de Medicare

*Costo compartido para un suministro para un mes en una farmacia minorista (dentro de la red), un centro de atención a largo plazo (31 días) o una farmacia fuera de la red.

^También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar (dentro de la red).

†NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días como máximo por surtido.

Ω-Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido de los medicamentos de la parte B y D, incluso si no ha pagado el deducible.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).

Etapa del período sin cobertura

Usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.

Si recibe Ayuda adicional, no ingresará en la Etapa del período sin cobertura. En lugar de eso, continuará pagando el costo compartido de la etapa de cobertura inicial hasta la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Parte D de Medicare

Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$8,000. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$8,000, usted permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta fase de pago, el plan abona el coste total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

| Otros servicios cubiertos | | | |
|---|--|--|---|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita equipos y suministros médicos | Suministros para la diabetes | Coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare para la diabetes. | Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a ciertos fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care. |
| | Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno) | Coseguro del 20% por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare. | Se requiere autorización para determinados artículos. |
| | Suministros médicos | Coseguro del 20% para suministros médicos. | Se requiere autorización. |

| Otros servicios cubiertos | | | |
|--|--|--|---------------------------|
| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
| Necesita equipos y suministros médicos <i>(continuación)</i> | Dispositivos protésicos (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos) | Coseguro del 20% para dispositivos protésicos. | Se requiere autorización. |

Otros servicios cubiertos

| Necesidad o problema de salud | Beneficio cubierto | Su costo compartido | Lo que debe saber |
|--------------------------------------|---|--|---------------------------|
| Necesita servicios de rehabilitación | Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. | <p>Dentro de la red Coseguro del 20% por cada servicio.</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 20% por cada servicio.</p> | |
| | Rehabilitación cardíaca | <p>Rehabilitación cardíaca: Coseguro del 20% para los servicios.</p> <p>Rehabilitación intensiva: Coseguro del 20% para los servicios.</p> | Se requiere autorización. |
| | Rehabilitación pulmonar | Coseguro del 20% para los servicios de rehabilitación pulmonar. | Se requiere autorización. |

Más beneficios con su plan

| | |
|--|---|
| <p>Acupuntura/Acupresión</p> | <p>Dentro y fuera de la red Copago de \$0 para cada consulta de servicios de acupuntura y acupresión. Puede realizar hasta 20 consultas por año tanto dentro como fuera de la red.</p> |
| <p>Juegos mentales con BrainHQ®</p> | <p>No hay copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa para el bienestar de la memoria en línea que mejora el funcionamiento del cerebro a través de juegos, rompecabezas y otros ejercicios divertidos.</p> |
| <p>Productos de venta libre (OTC)</p> | <p>Usted puede comprar hasta \$120 por mes de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.</p> |

Más beneficios con su plan

| | |
|--|---|
| <p>OTC + Pago de facturas de teléfono móvil</p> | <p>Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas se combinan con el beneficio de OTC para cubrir determinados pagos de servicios como parte de la asignación mensual de OTC.</p> |
| <p>Licencia terapéutica</p> | <p>Los miembros del plan tienen hasta 5 días de licencia terapéutica cubiertos. No se requiere autorización.</p> |

Elderplan, Inc.
Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law

Español (Spanish)

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Elderplan/HomeFirst no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
 - Intérpretes calificados
 - Información en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York NY 10041
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, por teléfono o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Traditional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-353-3765 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-353-3765 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-353-3765 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-353-3765 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Albanian: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-800-353-3765 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-800-353-3765 (TTY: 711) איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔

Lista de verificación para la preinscripción

Es importante que usted comprenda totalmente nuestros beneficios y nuestras normas antes de tomar la decisión de inscribirse. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al servicio al cliente y hablar con un representante al **1-800-353-3765**.

Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) ofrece una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y las prestaciones del plan antes de inscribirse. Visite www.elderplan.org o llame al **1-800-353-3765** para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva para obtener sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo comprender normas importantes

- Además de su prima mensual del plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el **1 de enero de 2025**.
- Nuestro plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no concertados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderle. Salvo en caso de urgencia o emergencia, los proveedores no concertados pueden denegar la asistencia.
- Este es un plan de necesidades especiales institucional (IE-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que, durante 90 días o más, necesitó o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionado en un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales del desarrollo, un hospital o una unidad psiquiátrica, un hospital o una unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de acceso crítico o un centro aprobado por los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que proporcione servicios similares.

Resumen de beneficios – Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) 2024

- Hemos cotejado su cobertura médica y de medicamentos con receta con la cobertura de su plan actual. Una vez que se verifique su inscripción, pasará a estar afiliado a Elderplan y dejará de tener la cobertura de su plan actual.

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.